



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2011/2012

Nuno Ricardo Teixeira Tavares

Parcerias Público-Privadas: Uma reflexão

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Nuno Ricardo Teixeira Tavares
Parcerias Público-Privadas: Uma reflexão

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Guilhermina Rego

Trabalho realizado segundo as normas de publicação da:
“Revista Portuguesa de Saúde Pública”

março, 2012

FMUP

Eu, Nuno Ricardo Teixeira Tavares, abaixo assinado, nº mecanográfico 060801100, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ____/____/____

Assinatura: _____

Nome: Nuno Ricardo Teixeira Tavares

Endereço eletrónico: med06100@med.up.pt **Telemóvel:** 968049574

Número do Bilhete de Identidade: 13389704

Título da Dissertação/Monografia:

Parcerias Público-Privadas: Uma reflexão

Orientador:

Professora Doutora Guilhermina Rego

Ano de conclusão: 2012

Designação da área do projecto:

Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ____/____/____

Assinatura: _____

Parcerias Público-Privadas: Uma reflexão

Public-Private Partnerships: A remark

Nuno Ricardo Teixeira Tavares

Aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Contacto:

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Serviço de Bioética e Ética Médica

Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal

Telefone: 220426840

E-mail: med06100@med.up.pt

Contagem de palavras:

Resumo: 308

Abstract: 289

Texto principal: 5022

Agradecimentos:

À Sra. Professora Doutora Guilhermina Rego, pela oportunidade de realizar este projeto sob sua orientação e pelo apoio manifestado em todas as fases de construção do mesmo.

Aos meus pais, sem os quais nada seria possível.

À Sara, pelo apoio contínuo e incondicional, pela motivação e pelos sábios conselhos.

Aos meus amigos e a todos aqueles que, de alguma forma, me acompanharam e apoiaram ao longo deste percurso.

ÍNDICE

Resumo	2
Abstract	3
Lista de Abreviaturas	4
1. Introdução	5
2. Parcerias Público-Privadas	7
2.1. <i>Definição e características</i>	7
2.2. <i>Contexto Internacional</i>	8
2.3. <i>O Caso Português</i>	10
3. Estudo de Caso	14
3.1. <i>Métodos</i>	14
3.2. <i>Resultados / Discussão</i>	15
4. Considerações Finais	19
5. Referências Bibliográficas	21
Anexos	25
<i>Figuras</i>	26
<i>Quadros</i>	30
<i>Instruções aos Autores</i>	

RESUMO

As Parcerias Público-Privadas (PPP) são um modelo de gestão de aplicação crescente no setor da Saúde, tanto a nível hospitalar como nos Cuidados de Saúde Primários. Em Portugal, o modelo seguido abrange a conceção, financiamento, construção e gestão do edifício hospitalar, bem como a gestão clínica do estabelecimento, através da criação de 2 sociedades-veículo distintas. Em 2002, foram lançadas 2 Vagas de PPP na área da Saúde, cada uma contendo 5 hospitais.

Num momento de grandes constrangimentos económicos, este trabalho visa refletir sobre a viabilização da construção do primeiro hospital da Segunda Vaga no formato de PPP, o Hospital Oriental de Lisboa (HOL).

Procedeu-se à recolha dos relatórios de gestão das unidades hospitalares que serão futuramente substituídas pelo novo HOL para avaliação da respetiva execução financeira, bem como dos dados relativos ao Concurso Público do HOL e Custo Público Comparável.

Verificou-se que as atuais unidades hospitalares que serão futuramente substituídas pelo novo hospital apresentam resultados operacionais consistentemente negativos, com custos crescentes na ordem dos 500 milhões de Euros. Adicionalmente, as previsões efetuadas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE para os custos dos exercícios de 2008 e 2009 sobrestimaram em 4,0% e 3,6%, respetivamente, os resultados alcançados.

Pela indisponibilidade de informação relativa ao Concurso Público, não se pôde concluir sobre uma eventual poupança efetiva alcançada através da construção do novo edifício. Partindo do pressuposto que um novo hospital criaria melhores condições para a prestação de cuidados de Saúde de qualidade aos cidadãos da cidade de Lisboa e concelhos limítrofes, o modelo de PPP afigura-se como o mais capaz de ultrapassar os constrangimentos económicos atuais. Contudo, trata-se de um modelo que necessita de grande responsabilidade e respeito pelo interesse público de ambas as partes. A experiência em Portugal é incipiente e novos estudos deverão ser realizados no futuro com o intuito de aferir a eficiência destas novas unidades hospitalares.

Palavras-chave: Parcerias Público-Privadas; Saúde; Gestão Hospitalar; Hospital Oriental de Lisboa.

ABSTRACT

Public-Private Partnerships (PPP) are a management model increasingly applied in the Health Sector, both in hospitals and Primary Care. In Portugal, the current model encompasses not only the design, financing, construction and maintenance of the physical structure but also the clinical management of the building, through the creation of 2 separate entities. In 2002, 2 Waves of PPP have been released, each one containing 5 hospitals.

In a time of great economic restrains, this paper aims to reflect on the feasibility of the construction of Eastern Lisbon Hospital (ELH) (the first hospital of the PPP's Second Wave Program).

The management reports of the hospitals that would be replaced by the ELH were collected in order to evaluate their financial execution, as well as the data available in the Public Tender and the Comparable Public Cost.

Existing hospital units that would be replaced by the new hospital showed consistently negative operational results, with rising costs near 500 Million Euros. Additionally, the predictions made by Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE for 2008 and 2009 overestimated in 4,0% and 3,6%, respectively, the results achieved.

Due to the unavailability of Public Tender information, nothing could be concluded about any eventual savings through the construction of the new hospital. Assuming that a new hospital would represent a quality improvement in the health care provided to the population of Lisbon and neighboring counties, the PPP model seems to be the most capable of overcoming the current economic restrains. However, it is a model that requires great responsibility and respect for the public interest by both private and public partners. The Portuguese experience is weak and new studies should be made in the future in order to measure the efficiency of these new hospital units.

Keywords: Public-Private Partnerships; Health; Hospital Administration; Eastern Lisbon Hospital.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BEI – Banco Europeu de Investimento

CE – Comissão Europeia

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

CMFRS – Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

CMVMC – Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas

CPC – Custo Público Comparável

DBFO – *Design, build, finance, operate*

EGP – Escola de Gestão do Porto

EMPS – Estrutura de Missão Parcerias Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPEC – *European PPP Expertise Centre*

FSE – Fornecimento e Serviços Externos

GTRH – Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

HCC – Hospital Curry Cabral, EPE

HFF – Hospital Fernando Fonseca

HOL – Hospital Oriental de Lisboa

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

PFI – *Private Finance Initiative*

PIB – Produto Interno Bruto

PPP – Parcerias Público-Privadas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

UE – União Europeia

1. INTRODUÇÃO

A organização e os valores da sociedade portuguesa refletem um conjunto de preocupações sociais que têm a sua génese no conceito de Estado Social (*Welfare State*) proposto por Bismarck. Nesse sentido, o Estado assume um papel central na proteção e promoção do bem-estar social, particularmente nas áreas da Saúde e Educação¹.

É neste contexto que, em Portugal, a Saúde, ou pelo menos a sua proteção, é um direito constitucionalmente consagrado e realizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) “universal, geral (...) e tendencialmente gratuito”².

Contudo, o cumprimento destes desígnios pode ser posto em causa num momento em que, após um período de grande desenvolvimento económico e social na Europa na segunda metade do séc. XX, se assiste a uma perda de sustentabilidade do Estado Social. Existe então uma necessidade de o reinventar e dinamizar com o intuito de manter intacta esta importante conquista civilizacional¹.

Se por um lado existem crescentes constrangimentos financeiros dos Governos, por outro, ao longo dos últimos anos, verifica-se um aumento dos custos com a Saúde³ (figura 1). No ano de 2006, o setor privado representou cerca de 30% do investimento total em Portugal – 2,8% do Produto Interno Bruto (PIB) – enquanto o setor público foi responsável por 7,1% do PIB, valores superiores à média dos 27 Estados-membros da União Europeia (UE) em 2008⁴ (figura 2).

As razões que motivam os acréscimos de custos relatados são: (a) os avanços tecnológicos na área da Medicina (que possibilitaram novos tratamentos e exames complementares mais complexos e dispendiosos), (b) o envelhecimento da população (fruto do desenvolvimento socioeconómico que possibilitou maior esperança e melhor qualidade de vida), (c) a modificação das expectativas dos cidadãos para com os serviços de saúde e (d) a alteração do padrão de frequência das doenças⁵.

A par disto, o Modelo Tradicional da Administração Pública proposto por Weber, assente numa matriz vertical, hierarquizada, impessoal e centrada nas regras, foi-se esgotando, sendo descrito como um modelo gastador e ineficiente, que deixou de satisfazer as necessidades dos cidadãos de forma satisfatória. Segundo a Teoria da Escolha Pública, a falta de eficiência do setor público deve-se à essência monopolista da estrutura de mercado desse setor, à falta de indicadores válidos de

desempenho organizacional e ao sobredimensionamento de alguns operadores públicos. Neste contexto surgiu o *New Public Management* que defende que as regras vigentes no setor privado devem ser aplicadas ao público, pelo facto de o primeiro apresentar uma maior eficiência⁶.

A empresarialização a que temos vindo a assistir no setor público não se trata de uma privatização desses serviços (embora tal não possa ser liminarmente excluído do horizonte), mas antes a adoção das lógicas do setor privado, de maneira a proporcionar uma maior qualidade e eficiência dos serviços prestados⁶.

As Parcerias Público-Privadas (PPP) são, então, um novo modelo de gestão que tem vindo a ser aplicado em várias áreas da Administração Pública, entre elas a Saúde.

O objetivo deste trabalho é descrever os traços definidores e as características das PPP, enunciar os diferentes modelos existentes e analisar algumas das experiências mais relevantes no contexto internacional, sumarizar o plano de parcerias no setor da Saúde em Portugal e avaliar o futuro do mesmo, principalmente no que concerne à construção do novo Hospital Oriental de Lisboa (HOL).

2. PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

2.1. Definição e Características

Tendo em conta as dificuldades económicas que os Estados enfrentam atualmente, surgiu a noção de que as entidades públicas deveriam criar mecanismos para tirar partido da tradicional melhor capacidade de gestão do setor privado, proporcionando aos seus cidadãos serviços com melhor qualidade e eficiência⁷.

As PPP são um modelo de gestão no qual entidades privadas se envolvem ativamente num determinado investimento de interesse público⁸.

As suas principais características são a existência de um contrato de longa duração (habitualmente 30 anos), financiamento privado (com um componente público em algumas situações pontuais), papel central do parceiro privado (que participa ativamente na conceção, realização, aplicação e financiamento do projeto) e partilha de riscos entre os parceiros⁹.

Em Portugal, o *Decreto-Lei* nº 86/2003, veio permitir definir as PPP como um “contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento, de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado”⁷, tendo este enquadramento legal sido revisto em 2006 com a publicação do *Decreto-Lei* nº141¹⁰.

Embora a legislação prévia já permitisse a existência de contratos de concessão (como foi aplicado no Hospital Fernando Fonseca (HFF)), este novo enquadramento legal abria o caminho para o estabelecimento mais regado de um novo modelo de gestão nos hospitais públicos portugueses com o objetivo de estabelecer uma partilha dos riscos inerentes aos projetos com entidades que estivessem técnica e operacionalmente mais preparadas para tal. Em última análise, pretendia-se a sustentabilidade do Estado e do SNS e uma prestação de cuidados de saúde com ganhos qualitativos⁷.

Além do mais, este novo paradigma de gestão obrigou o Estado a começar a alterar o seu tradicional papel de prestador de serviços, para o de regulador e fiscalizador^{1, 11}.

2.2. Contexto internacional

As PPP são um modelo de gestão que, ao longo das últimas décadas, tem obtido grande popularidade na Europa. O setor da saúde surge em terceiro lugar em termos de número e valor de contratos firmados, numa tabela liderada pelo setor dos transportes e dos equipamentos sociais na área da educação¹².

Em 2007, o Reino Unido (com 76,2% do número total de projetos na Europa e 57,7% do valor total), Espanha (8,6% do número total de projetos e 12,3% do valor total) e Portugal (2,3% do número total de projetos e 5,8% do valor total) eram os países que apresentavam um programa de parcerias com uma dimensão mais significativa, seguindo-se Alemanha, França e Itália¹³.

Contudo, nos anos subsequentes (2008-2010), com as alterações verificadas nos mercados internacionais e a crise da banca mundial, verificou-se uma estagnação no lançamento de novos projetos com um endurecimento concomitante dos termos dos contratos celebrados¹².

Em setembro de 2008 foi criada a European PPP Expertise Centre (EPEC), uma iniciativa conjunta do Banco Europeu de Investimento (BEI), Comissão Europeia (CE) e Estados membros com o objetivo de prestar apoio aos parceiros públicos na construção das PPP, promovendo a partilha de experiência neste campo. Porém, continua a ser feito um esforço firme no sentido de impulsionar os projetos europeus de parcerias, o que se reflete no contínuo aumento de verba (cerca de 30% em 2010 e 2011) disponibilizado pelo BEI no sentido de financiar novas PPP¹⁴.

Foram já desenvolvidos alguns modelos diferentes de PPP na saúde, os quais se encontram sumarizados no Quadro I¹⁵.

Sendo o Reino Unido e a Espanha os países que, a nível europeu, mais têm contribuído para o desenvolvimento conceptual de novos modelos de parcerias, importa enfatizar as principais características do principal modelo britânico (a *Private Finance Initiative/DBFO*) e o Modelo Alzira criado em Espanha.

Private Finance Initiative

A Private Finance Initiative (PFI) é um modelo de PPP lançado em 1992, pelo então Ministro do Tesouro britânico (Norman Lamont). Nasceu da necessidade de voltar a investir nos equipamentos

públicos, mantendo as finanças em ordem e estimulando o crescimento económico. Além disso, era vigente uma ideologia política que pretendia envolver o setor privado nas questões públicas, na ausência de empresas suscetíveis de serem adicionadas ao programa de privatizações¹⁶.

Trata-se de um projeto que se manteve ativo ao longo dos tempos, resistindo a flutuações políticas. Estende-se a múltiplas áreas, verificando-se um aumento sustentado do número de projetos ao longo do tempo. Em 31 de dezembro de 2011, no Reino Unido, existiam 192 hospitais públicos sob o signo da PFI, dos quais 152 se encontravam em funcionamento, tendo este projeto sido também alargado à rede de cuidados de saúde primários e cuidados continuados, tal como se encontra resumido na Figura 3. Apesar de existirem outras modalidades de PPP no Reino Unido, o modelo PFI é sem dúvida o mais frequente e o mais popular¹⁷.

A PFI segue o modelo DBFO, no qual o parceiro privado fica encarregue das funções de conceção, construção, financiamento e gestão do equipamento, ao passo que o parceiro público é responsável pela prestação dos serviços clínicos. A duração típica destes contratos é de 30 anos.

Apesar do financiamento privado no âmbito da PFI permitir uma melhor definição e gestão dos contratos e de existir uma melhoria a nível do *design* dos equipamentos públicos, estes processos são frequentemente mais onerosos (devido à maior envergadura de recursos humanos envolvidos e aos custos com consultadoria e complexos processos concursais)¹⁸.

Por outro lado, haverá porventura a necessidade de dotar este modelo de maior *accountability* no que concerne ao setor da Saúde, onde o escrutínio social da gestão privada não se faz sentir satisfatoriamente. Questiona-se até que ponto os parceiros privados estarão dispostos a revelar determinados pormenores inerentes ao projeto¹⁹.

Spackman¹⁸ enfatiza que a principal característica que poderá levar um projeto de PFI ao sucesso é a existência de uma relação de confiança entre os dois parceiros, baseada numa visão partilhada dos desafios em causa; tal tem sido posto em causa devido principalmente ao facto de ainda não ser consensual a melhor maneira de gerir os lucros obtidos durante a gestão das PPP, o que tem provocado polémica na opinião pública britânica e a consequente quebra de confiança entre os parceiros²⁰.

Modelo Alzira

O Hospital de La Ribera, situado na localidade espanhola de Alzira (Valência), entrou em funcionamento em janeiro de 1999. Nasceu de um consórcio (RSUTE I) formado por uma companhia de seguros na área da Saúde, duas instituições bancárias e duas empresas de construção civil, tendo inicialmente o objetivo de suprir uma população de cerca de 240.000 habitantes (Alzira), cujo Hospital de referência se situava em Valência²¹.

A característica diferenciadora desta PPP foi a contratação de um consórcio para a construção e manutenção de um hospital (tanto clinicamente como a nível do equipamento), mediante um contrato para a prestação dos cuidados de saúde a uma determinada população-alvo¹⁵. Além disso, os doentes tinham o direito de optar pela unidade de saúde à qual queriam recorrer. Se não optassem pelo Hospital de La Ribera, este seria, no entanto, responsável por suportar a totalidade dos custos inerentes do atendimento destes doentes noutros hospitais⁵.

Foram apontadas algumas debilidades ao contrato-programa que, a par da controvérsia levantada pela implementação deste modelo na população local (que levou muitos doentes a optar por outros hospitais), motivaram a existência de avultados prejuízos. Em março de 2003, o contrato foi cancelado, tendo sido substituído por um segundo contrato com o consórcio RSUTE II, visando um acordo de refinanciamento e a gestão do Hospital de La Ribera bem como de toda a rede de Cuidados Primários do Departamento de Saúde nº 11, ao qual pertence a localidade de Alzira. Desde então, o Hospital tem sido gerido sem intercorrências financeiras⁵.

Este modelo tem sido testado também em países subdesenvolvidos (Lesoto e Ilhas Turcas e Caicos nas Caraíbas), embora tal ainda seja controverso. Enquanto alguns autores defendem que este modelo poderá ser um promissor meio de desenvolvimento em países com estruturas obsoletas e graves dificuldades de financiamento⁵, outros questionam se os governos responsáveis estarão ou não à altura de lidar com processos tão complexos como é o caso das PPP²².

2.3. O Caso Português

A primeira experiência de gestão privada em equipamentos públicos de saúde em Portugal ocorreu no HFF (vulgarmente conhecido por Hospital Amadora-Sintra), com a concessão da sua administração ao

Grupo Mello, em 1995, após concurso público. Tratou-se de um processo relativamente incipiente e isolado que, apesar de ter apresentado alguns ganhos de eficiência e qualidade na prestação de cuidados clínicos (contenção de despesas, menores custos, maior eficiência, gestão baseada em resultados e incentivos à produtividade), permitiu também identificar alguns riscos inerentes à gestão privada (*over-treatment*, instabilidade profissional, adoção de uma lógica empresarial puramente financeira – seleção de casos, procura induzida pela oferta)⁶. A existência de um processo de contratualização “mal preparado”, que culminou inclusivamente num diferendo judicial entre os parceiros público e privado, não contribuiu para a credibilização do HFF junto dos seus utentes e para o sucesso do projeto²³. Assim, segundo o Decreto-Lei nº 203/2008²⁴, estabeleceu-se a extinção do contrato de gestão por “caducidade da sua denúncia para o termo do prazo”, sendo retomada a gestão pública do estabelecimento hospitalar, sob a forma de Entidade Pública Empresarial (EPE).

Em 2001 foi criada, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 162/2001²⁵, a Estrutura de Missão Parcerias Saúde (EMPS), tendo como suporte uma Lei de Bases da Saúde que preconizava a aplicação progressiva de técnicas de gestão empresarial nos hospitais públicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a adoção de formas de gestão inovadoras. Assim, a EMPS ficou encarregue de identificar, estudar, desenvolver e gerir todos os processos que, no âmbito da Saúde, pudessem cumprir os desígnios atrás descritos.

Entre julho de 2001 e julho de 2002, foi lançado em Portugal um arrojado programa de PPP na saúde, constituído por 10 hospitais, divididos irmanamente por 2 Vagas, com o objetivo inicial de todos os processos concursais se encontrarem lançados até final de 2006. O modelo proposto para estes hospitais, apesar de se assemelhar à PFI, apresentava uma alteração que lhe permitiu tornar-se ímpar a nível internacional: a concessão da gestão do estabelecimento de saúde aos parceiros privados, além da gestão do edifício hospitalar. Tal era possível através da criação de 2 sociedades-veículo: na primeira, o parceiro privado incumbia-se da prestação dos serviços clínicos durante 10 anos com possibilidade de renovação do contrato mediante cumprimento de determinados objetivos; na segunda, o parceiro privado responsabilizava-se pela conceção, construção, financiamento e manutenção do edifício hospitalar, com um contrato de 30 anos de duração²⁶.

A Primeira Vaga de PPP (que se encontra resumida no Quadro II²⁷) comportava a construção de 5 hospitais: 2 novos (Sintra e Loures) e 3 de substituição (Cascais, Braga e Vila Franca de Xira) bem como a criação de um Centro de Atendimento do SNS e o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS)²³.

As parcerias relativas ao Centro de Atendimento do SNS e ao CMFRS são projetos de pequena dimensão, com prazos relativamente curtos e cuja análise extrapola os objetivos deste trabalho.

Apesar de a EMPS estimar, inicialmente, um ritmo de 2/3 lançamentos de concursos por ano, o que se verificou foi uma média de 1 lançamento por ano. Por outro lado, o primeiro concurso para o Hospital de Loures foi cancelado, sendo reeditado em 2007 com um baixo potencial competitivo. A construção do novo Hospital de Sintra foi sendo adiada, na medida em que não se previa a renovação do contrato do HFF (que findava em 2012), situado na mesma área de influência. Com o término abrupto da gestão privada do HFF, verificou-se o cancelamento do novo Hospital de Sintra²⁸.

Atualmente encontram-se em funcionamento as instalações de Cascais (início da exploração a 1 de janeiro de 2009 e inauguração do novo edifício em fevereiro de 2010), Braga (início da exploração em setembro de 2009 e inauguração do novo edifício em maio de 2011) e Loures (a inauguração do novo edifício e o início da sua exploração ocorreu em janeiro de 2012). O atual Hospital de Vila Franca de Xira encontra-se sob gestão privada (desde 1 de junho de 2011), pese embora o facto do novo edifício só ter data de abertura prevista para o primeiro trimestre de 2013^{29, 30}.

O Tribunal de Contas levou a cabo uma Auditoria à Primeira Vaga em 2009, na qual critica a morosidade e complexidade dos concursos que, não cumprindo os prazos e regras estipulados, contribuíram não só para a desvirtuação da essência do programa, mas também para a criação de falsas expectativas e custos avultados por parte dos parceiros privados²⁸.

Para a Segunda Vaga (Quadro III), o Governo decidiu alterar os fundamentos do programa, retirando a gestão do estabelecimento hospitalar da alçada dos parceiros privados. Tal facto configurou um aspeto positivo para o Tribunal de Contas que realçou o facto de se estar perante um experimentalismo processual sem comparativo a nível internacional. Por outro lado, há quem defenda que esta alteração, além de ter defraudado as expectativas iniciais dos parceiros privados, impediu o Estado de balizar

objetivamente os seus custos com a gestão destes hospitais a um nível inferior ao que seria expectável gastar com a gestão pública tradicional²³.

Propôs-se inicialmente a construção de 5 hospitais de substituição, com as seguintes localizações: Guarda, Algarve, Évora, Vila Nova de Gaia e Póvoa de Varzim/Vila do Conde²⁶. Todavia, em 2006, foi elaborado um Relatório pela Escola de Gestão do Porto (EGP), que, tendo em conta um variado conjunto de fatores, hierarquizou por prioridade de investimento os projetos constantes da Segunda Vaga. Por sugestão da EMPS, foi incluído no estudo um novo hospital da cidade de Lisboa e um outro na Margem Sul do Tejo, enquadrados numa lógica de reordenamento da oferta hospitalar da capital. A construção do novo HOL, por apresentar vantagens em termos de sobrecusto, manutenção e conservação, necessidades atuais não satisfeitas e por permitir uma maior racionalização da rede hospitalar daquela região, foi considerada prioritária, seguindo-se, por ordem decrescente, os Hospitais de Faro, Margem Sul do Tejo, Évora, Vila Nova de Gaia e Póvoa de Varzim/Vila do Conde³¹.

Os concursos públicos para a criação do HOL e do Hospital do Algarve foram lançados em 2008³². Relativamente ao HOL, decorreu durante o ano de 2011 a fase de negociação final com os agrupamentos selecionados para tal: SALVEO e SOMAGUE³³. Segundo as fases do procedimento prévio à contratação patentes no *Decreto Regulamentar* nº10/2003³⁴, o concurso público estará atualmente numa fase de negociação final que antecederá a adjudicação e formalização do contrato.

Com o programa de assistência financeira a Portugal por parte do Fundo Monetário Internacional, da CE e do Banco Central Europeu, o Governo Português comprometeu-se, entre outras coisas, a “evitar entrar em qualquer novo acordo de PPP antes de finalizar a revisão das PPP existentes e as reformas legais e institucionais propostas”³⁵.

Embora se manifestasse aparente a suspensão deste projeto, o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH), propôs, em novembro de 2011, a manutenção do HOL como o único hospital da Segunda Vaga passível de ser construído a curto prazo³⁶. A nova unidade hospitalar substituiria o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC) – constituído pelos Hospitais de S. José, Santo António dos Capuchos, D. Estefânia e Santa Marta –, Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) e Hospital Curry Cabral, EPE (HCC).

3. ESTUDO DE CASO

A construção do HOL enquadra-se numa lógica de reordenamento da oferta hospitalar da cidade de Lisboa que se iniciou na década de 90 do séc. XX com a construção do HFF (para servir os concelhos da Amadora e Sintra) e do Hospital Garcia de Orta (Almada) e que prosseguiu com os novos hospitais de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira³⁷. Esse reordenamento visa acompanhar os movimentos demográficos das populações, nos quais se verifica uma crescente diminuição da população residente no concelho de Lisboa e um aumento nos concelhos limítrofes³⁸ (Quadro IV).

No contexto deste trabalho, tendo em conta o estudo e o debate que existe atualmente na sociedade portuguesa e os cenários já lançados pelo GTRH³⁶, creio que devem ser colocados três cenários principais:

- A. Não construir o HOL, mantendo a oferta hospitalar actual;
- B. Construir o HOL em modelo de PPP, encerrando a atividade de algumas unidades hospitalares do centro da cidade;
- C. Construir o HOL por moldes tradicionais, atribuindo-lhe o estatuto de EPE e encerrando a atividade de algumas unidades hospitalares do centro da cidade.

3.1. Métodos

Tendo em conta os objetivos relatados, procedeu-se ao levantamento dos Relatórios e Contas do CHLC³⁹⁻⁴², HCC⁴³⁻⁴⁵ e MAC⁴⁶⁻⁴⁸.

Realizou-se a avaliação dos anos de 2007, data da criação do CHLC, EPE, a 2010, por ser o último ano que apresentava dados disponíveis à data de realização do trabalho.

Efetuiu-se uma recolha dos custos e proveitos inerentes ao funcionamento dos hospitais em estudo com o objetivo de avaliar o impacto financeiro atual do Estado com os mesmos.

A análise dos custos englobou:

- Custos de mercadorias vendidas e matérias consumidas (CMVMC);
- Fornecimentos e serviços externos (FSE);

- Custos com pessoal;
- Outros custos operacionais;
- Amortizações do exercício;
- Provisões do exercício;
- Outros custos e perdas não operacionais (financeiros e extraordinários);
- Impostos.

A análise de proveitos englobou:

- Prestações de serviços;
- Proveitos suplementares;
- Transferências correntes obtidas;
- Outros proveitos operacionais;
- Outros proveitos não operacionais (financeiros e extraordinários).

Considerou-se igualmente o resultado operacional (calculado através da subtração dos custos operacionais aos proveitos operacionais) e o resultado líquido do exercício (calculado através da subtração de todos os custos a todos os proveitos).

Para efeito de comparação entre os cenários descritos, estabeleceu-se o Custo Público Comparável (CPC), ou seja, a estimativa do custo do projeto caso seguisse os moldes tradicionais²⁶.

3.2. Resultados / Discussão

O Quadro V e as Figuras 4 e 5 permitem uma análise sumária dos valores encontrados nos Relatórios de gestão das 3 unidades hospitalares consideradas.

Da simples análise dos dados, verifica-se a presença de custos crescentes com a atividade das 3 unidades hospitalares que, em 2009 e 2010, se situaram nos 522 Milhões de Euros. Ressalta ainda a presença de resultados líquidos e operacionais negativos ao longo dos 4 anos considerados, com exceção do desempenho do Hospital Curry Cabral no ano de 2009, curiosamente o seu último exercício completo realizado como SPA, antes da conversão em EPE a 1 de abril de 2010.

As figuras 6 e 7 resumizam os custos e proveitos totais, respetivamente, nas 3 unidades hospitalares em estudo no ano de 2010.

A maior fatia da despesa (em 2010) é reportada aos custos com pessoal (que representam 48,95% dos custos totais), seguindo-se os CMVMC (31,37%), FSE (12,83%), amortizações do exercício (3,14%) e outros custos não operacionais (3,01%). Despesas com provisões e outros custos operacionais bem como com impostos representaram cerca de 0,7% dos custos totais.

A maior fatia dos proveitos verificou-se ao nível da prestação dos serviços (82,88% dos proveitos totais). As transferências correntes obtidas ocupam a segunda posição (com 10,41%), seguindo-se outros proveitos operacionais e não operacionais e proveitos suplementares.

Em relação ao CHLC, foi ainda possível comparar os dados do exercício realizado com o que havia sido previsto no ano anterior (Quadro VI). Verificou-se que, em 2008 e 2009, houve uma redução dos custos (em 4,0% e 2,2% respetivamente) mas também dos proveitos (em 3,6% e 2,2% respetivamente) relativamente ao esperado. Ou seja, apesar de ser verdade que a contratação de PPP para a gestão da unidade hospitalar permitiria balizar os custos reportados ao Estado ao longo do tempo de duração da parceria, julgo não existirem condições para se poder afirmar que tal, por si só, permitiria uma poupança efetiva do estado, em função da existência de custos inferiores ao esperado no atual CHLC e que se podem replicar em projetos de parceria. Além disso, são comuns nos contratos de PPP já efetuados, mecanismos que permitam a alteração dos valores da renda a pagar pelo Estado, como por exemplo, a existência de uma componente variável na remuneração anual considerada (Braga e Cascais)^{49, 50} ou a partilha com a entidade pública contratante de receitas comerciais de terceiros (Braga, Cascais e Loures)⁴⁹⁻⁵¹. Por último, a renegociação do contrato é um evento que ocorreu nas experiências internacionais anteriormente relatadas, fruto de deficiências contratuais impossíveis de corrigir à data da sua génese. Tendo os Hospitais de Braga, Cascais e Loures tempos de funcionamento tão curtos, não parece existir experiência suficiente que permita aferir a inexistência destes desfasamentos.

Os dados já sumarizados apontam para um descontrolo nas contas das 3 unidades hospitalares que vêm apresentando resultados operacionais e líquidos negativos e custos crescentes. De facto, a dispersão da atividade clínica prestada atualmente por diferentes pólos parece ser gastadora de recursos e, por consequência, ineficiente. Nesse sentido, a construção de um novo hospital na região de Lisboa, para além de atender a uma reordenação cujos motivos demográficos foram já atendidos, pode proporcionar uma melhor racionalização dos recursos humanos (o que teria implicações no controlo dos custos com pessoal que representam a maior parcela das despesas das atuais unidades hospitalares), bem como dos recursos técnicos envolvidos. A substituição de infraestruturas, em alguns casos, obsoletas e degradadas, por um novo edifício (na vanguarda da tecnologia) poderá eventualmente melhorar a prestação de cuidados clínicos à população.

É importante, contudo, atentar aos encargos financeiros que o Estado terá consoante se opte por 1 dos 3 cenários atrás levantados.

Para avaliar o impacto financeiro do Cenário A, deve-se considerar:

- Custo operacional atual do CHLC, HCC e MAC (estimado para os próximos 30 anos);
- Rendas do aluguer dos edifícios do CHLC e HCC à ESTAMO.

Para avaliar o impacto financeiro do Cenário B, deve-se considerar:

- Valor da melhor proposta do concurso público internacional do HOL;
- Valor da compra do terreno à Câmara Municipal de Lisboa.

Para avaliar o impacto financeiro do Cenário C, deve-se considerar:

- Valor do CPC (431 milhões de Euros⁵²);
- Valor da compra do terreno à Câmara Municipal de Lisboa;
- Custo operacional estimado para o mesmo espaço temporal.

Optou-se pela inclusão do Cenário C pelo facto de o modelo de gestão EPE ser atualmente o mais popular na gestão dos hospitais do SNS. Contudo, o Relatório do GTRH³⁶ aponta também para um contínuo avolumar das despesas e dívidas destes hospitais facto que deve consubstanciar algum

espírito crítico na aceitação deste modelo de gestão. Além do mais, na atual conjuntura económica, não parece existir disponibilidade financeira por parte do Estado para assumir responsabilidade total num investimento tão grande, configurando-se a hipótese de realização de uma PPP a possibilidade mais capaz de permitir a construção deste novo hospital.

Mesmo após ter contactado o Ministério da Saúde, ACSS e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, não foi possível a recolha de informação oficial relativamente ao concurso público do HOL, nomeadamente no que concerne aos valores das propostas apresentadas pelos parceiros privados e o valor atualizado do CPC.

Nesse sentido, penso não ser possível definir com clareza os valores em causa nos diferentes cenários existentes. Para tal, contribuiu não só ausência dessa informação específica, mas também a dispersão dos custos inerentes à gestão do edifício (e os inerentes à gestão clínica - que será pública no novo HOL) nos valores apresentados nos relatórios das diferentes instituições.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do Relatório do GTRH ter apresentado uma poupança para o Estado estimada em 72 milhões de Euros nos próximos 30 anos através da construção do novo HOL, não foi possível, durante a realização deste trabalho, aceder a informações que permitissem a obtenção de uma conclusão tão taxativa.

Assim, penso existirem apenas condições para afirmar que a atual dispersão das unidades hospitalares não apresenta potencial para satisfazer em pleno as necessidades dos cidadãos. Os custos são crescentes e os resultados operacionais consistentemente negativos. A construção de um novo hospital permitiria racionalizar meios e dotar os profissionais de Saúde de condições que permitam, em tese, uma melhor prestação de cuidados.

Não me parece que a forma como esse novo hospital possa surgir, na atual conjuntura económica, possa seguir os moldes tradicionais. O lançamento de uma PPP, como já foi referido, oferece oportunidades de investimentos de interesse público, os quais se encontram cada vez menos ao alcance do poder financeiro dos Governos.

A decisão de retirar a gestão clínica dos hospitais da Segunda Vaga da esfera do setor privado alterou, de facto, o espírito inicial deste programa. Há quem defenda que hospitais de maiores dimensões que ofereçam cuidados na vanguarda da tecnologia têm, naturalmente, uma menor capacidade de prever gastos futuros com novos tratamentos ou exames fruto do grande desenvolvimento que a área da Saúde tem⁵³. Esse é o caso do novo HOL que acolherá um grande número de especialidades, com grandes áreas primária, secundária e terciária de influência e com caráter de ensino/investigação vincado.

A existência de um contrato-programa permite ao Estado balizar os seus custos com estes investimentos. Contudo, não parece evidente que a capacidade de prever esses custos seja suficientemente exata. Em Portugal, como no estrangeiro, deve questionar-se sobre o que devem os parceiros privados fazer perante a existência de lucros derivado da sua atividade. Sugere-se a criação de mecanismos contratuais que permitam contextualizar e limitar os lucros dos parceiros privados, orientando, porventura, esses capitais excedentários para atividades de interesse público,

nomeadamente, investimentos em equipamentos e infraestruturas novas ou realização de atividades de educação para a Saúde na área de influência do Hospital.

As PPP levantam questões de transparência e defesa efetiva do interesse público. Nesse sentido, é importante que haja a consciencialização, por parte dos parceiros privados, da necessidade premente da prestação de contas (*accountability*) de modo a permitir o aumento do sentimento de confiança dos cidadãos para com estes novos prestadores. Por outro lado, esse escrutínio social dever-se-á incidir simultaneamente sobre o parceiro público, uma vez que as negociações e contratualização são processos complexos que, se não forem manejados apropriadamente, poderão levantar reservas quanto à defesa do interesse público.

O debate das PPP é marcado frequentemente por algum preconceito ideológico. A defesa de um SNS público, universal, geral e tendencialmente gratuito deve ser efetuada por todos, de forma a permitir a estabilidade desta importante instituição. Contudo, é importante que haja algum espírito aberto para discutir e considerar seriamente novos cenários que, embora ideologicamente mais próximos da privatização e dissolução do SNS tal como o conhecemos, podem ser mecanismos essenciais para uma melhor e mais eficiente prestação de cuidados de saúde aos portugueses. Tal permitirá dotar estes processos de maior transparência e qualidade.

Sendo a experiência portuguesa de PPP na Saúde incipiente, será necessário esperar alguns anos para que os novos Hospitais construídos no âmbito da Primeira Vaga (Braga, Cascais, Loures e o futuro Hospital de Vila Franca de Xira) possam apresentar dados assistenciais e de gestão com evolução suficiente para a realização de estudos que permitam aferir da sua eficiência e qualidade. Além da monitorização destes dados, seria interessante a averiguação do grau de satisfação dos utentes e da motivação dos profissionais de saúde nestas novas unidades.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nunes R. (2005). *Regulação da Saúde*. Porto. Vida Económica.
2. Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa - Sétima Revisão Constitucional, de 12 de agosto. Parte I, Título III, Capítulo II, Artigo 64º*. Lisboa. Diário da República - I Série-A, nº 155.
3. OECD. (2011). *Public expenditure on health*. [acedido a 31 de outubro de 2011]. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-on-health-2011_hlthxp-pub-table-2011-1-en.
4. OECD. (2010). *Health at a Glance: Europe 2010* OECD Publishing. [acedido em 31 de dezembro de 2011]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en.
5. Acerete B, Stafford A, Stapleton P. *Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira Model'*. Clinical Perspectives on Accounting. 2011;22:533-49.
6. Rego G. (2008). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Porto. Vida Económica.
7. Ministério das Finanças. (2003). *Decreto-Lei nº 86/2003*. Lisboa. Diário da República - I Série-A, nº 97.
8. Barros P, Martinez-Giralt X. *Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model*. European Journal of Health Economics. 2009;10:437-53.
9. Comissão das Comunidades Europeias. (2004). *Livro Verde sobre as Parcerias Público-Privadas e o Direito Comunitário em matéria de contratos públicos e concessões*. Bruxelas. [acedido a 31 de outubro de 2011]. Disponível em: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2004/com2004_0327pt01.pdf.
10. Ministério das Finanças e da Administração Pública. (2006). *Decreto-Lei nº 141/2006*. Lisboa. Diário da República, 1ª série, nº 144.
11. Ministério da Saúde. (2002). *Decreto-Lei nº 185/2002*. Lisboa. Diário da República - I Série-A, nº 191.
12. European PPP Expertise Centre. (2010) *Market Update: Review of the European PPP Market in 2010*. Luxemburgo. [acedido a 30 de setembro de 2011]; Disponível em: <http://www.eib.org/epec/resources/epec-market-update-2010-public.pdf>.
13. European Investment Bank. (2007) *Economic and Financial Report 2007/03 - Public Private Partnerships in Europe: an Update*. Luxemburgo. [acedido a 30 de setembro de 2011]; Disponível em: http://www.eib.org/attachments/efs/efr_2007_v03_en.pdf.
14. DLA Piper. (2009). *European PPP Report 2009*. Londres. [acedido a 31 de novembro de 2011]. Disponível em: <http://www.eib.org/epec/resources/dla-european-ppp-report-2009.pdf>.

15. McKee M, Edwards N, Atun R. *Public-private partnerships for hospitals*. Bulletin of the World Health Organization. 2006;84:890-6.
16. Broadbent J, Gill J, Laughlin R. (2003). *The Private Finance Initiative in the National Health Service: Nature, Emergence and the Role of Management Accounting in Decision Making and Post-Decision Project Evaluation*. Londres. CIMA. [acedido a 31 de outubro de 2011]. Disponível em: http://www.cimaglobal.com/Documents/ImportedDocuments/tech_resrep_the_private_finance_initiative_in_the_national_health_service_2004.pdf.
17. Partnerships UK. (2011) [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: <http://www.partnershipsuk.org.uk/puk-projects-database-search.aspx>.
18. Spackman M. *Public-private partnerships: lessons from the British approach*. Economic Systems. 2002;26:283-301.
19. Asenova D, Beck M. *Crucial silences: When accountability met PFI and finance capital*. Critical Perspectives on Accounting. 2010;21:1-13.
20. Toms S, Beck M, Asenova D. *Accounting, regulation and profitability: The case of PFI hospital refinancing*. Critical Perspectives on Accounting. 2011;22:668-81.
21. Torner D. (2006). *La concreción del modelo Alzira: del Hospital de La Ribera a La Ribera Departamento 11 de Salud*. Modelo Alzira 1999-2005. In Arcos, MB editor. Alzira (Valência). [acedido a 31 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.ribera10.com/>.
22. World Health Organization. *Spanish health district tests a new public-private mix*. Bulletin of the World Health Organization. 2009;87:892-3.
23. Monteiro A. (2010). *Parcerias Público/Privadas na Saúde*. In: Rego G, Nunes R, editors. *Gestão da Saúde*. 1ª Edição ed. Lisboa. Prata & Rodrigues. p. 217-27.
24. Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei nº 203/2008*. Lisboa. Diário da República 1ª Série, nº 197.
25. Conselho de Ministros. (2001). *Resolução do Conselho de Ministros nº 162/2001*. Lisboa. Diário da República - I Série-B, nº 266.
26. Simões J. *As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal*. Rev Port Saúde Pública. 2004;4:79-90.
27. Direção-Geral do Tesouro e Finanças. (2011) [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: <http://www.dgtf.pt/parcerias-publico-privadas/lista-ppp-e-concessoes>.
28. Tribunal de Contas. (2009) *Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde - Primeira vaga de Hospitais*. Lisboa [acedido a 30 de setembro de 2011]; Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/audit-dgtc-rel015-2009-2s.pdf.
29. Direção-Geral do Tesouro e Finanças. (2010) *Parcerias Público-Privadas - Relatório de 2010*. Lisboa. [acedido a 30 de setembro de 2011]; Disponível em: www.dgtf.pt/.
30. Direção-Geral do Tesouro e Finanças. (2011) *Parcerias Público-Privadas e Concessões - Relatório de 2011*. Lisboa. [acedido a 30 de setembro de 2011]; Disponível em: www.dgtf.pt/.

31. Escola de Gestão do Porto/Ministério da Saúde. (2006) *Relatório Final - Estudo de avaliação de prioridades de investimento com o objectivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na 2ª vaga do Programa de Parcerias para o sector hospitalar*. Porto. [acedido a 30 de setembro de 2011]; Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/C5BBAC88-881D-499F-A053-1079A0F72012/0/Relat%C3%B3rioFinalEGP.pdf>.
32. Direção-Geral do Tesouro e Finanças. (2009) *Parcerias Público-Privadas e Concessões - Relatório de 2009*. Lisboa. [acedido a 30 de setembro de 2011]; Disponível em: www.dgtf.pt/.
33. ACSS. (2011) [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/ParceriasSa%C3%BAde/Apresenta%C3%A7%C3%A3o/HospitaldeLisboaOriental/tabid/515/language/pt-PT/Default.aspx>.
34. Ministério da Saúde. (2003). *Decreto Regulamentar nº 10/2003*. Lisboa. Diário da República - I Série B, nº98.
35. (2011) *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica*. [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/GC19/Documentos/PCM/MoU_PT_20110517.pdf.
36. Ministério da Saúde. (2011) *Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar - Os Cidadãos no centro do Sistema, os Profissionais no centro da mudança*. Lisboa [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf.
37. Ministério da Saúde. (2006) *Plano de Acções Prioritárias - Reordenamento das Capacidades Hospitalares da Cidade de Lisboa*. Lisboa [acedido a 30 de setembro de 2011]; Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/PAP.htm>.
38. Instituto Nacional de Estatística. (2011) [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: http://www.ine.pt/scripts/flex_provisorios/Main.html.
39. Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE. (2007) *Relatório e Contas - Março a Dezembro 2007*. Lisboa.
40. Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE. (2008) *Relatório e Contas 2008*. Lisboa.
41. Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE. (2009) *Relatório e Contas 2009*. Lisboa.
42. Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE. (2010) *Relatório e Contas 2010*. Lisboa.
43. Hospital Curry Cabral. (2008) *Relatório de Gestão de 2008*. Lisboa.
44. Hospital Curry Cabral. (2009) *Relatório de Gestão de 2009*. Lisboa.
45. Hospital Curry Cabral EPE. (2010) *Relatório e Contas de 2010 do Hospital de Curry Cabral, EPE*. Lisboa.
46. Maternidade Alfredo da Costa. (2008) *Demonstração de Resultados 2008*. Lisboa.
47. Maternidade Alfredo da Costa. (2009) *Demonstração de Resultados 2009*. Lisboa.
48. Maternidade Alfredo da Costa. (2010) *Demonstração de Resultados, 2010*. Lisboa.

49. (2009) *Hospital de Braga em regime de Parceria Público-Privada - Contrato de gestão*. [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: <http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Contratos/HBraga.pdf>.
50. (2008) *Hospital de Cascais em regime de Parceria Público-Privada - Contrato de Gestão*. [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: <http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Contratos/HCascais.pdf>.
51. (2009) *Hospital de Loures em regime de Parceria Público-Privada - Contrato de gestão*. [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: <http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Contratos/HLoures.pdf>.
52. Inspeção-Geral das Finanças. (2010) *Síntese da Actividade - 2010*. Lisboa. [acedido a 30 de setembro de 2011]; Disponível em: <http://www.igf.min-financas.pt/>.
53. Ministério da Saúde. (2009) *Relatório Final - Análise e parecer sobre o processo de criação e desenvolvimento das parcerias para a construção de hospitais em regime de financiamento privado e avaliação comparada do desempenho do Centro de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel*. Lisboa [acedido a 31 de dezembro de 2011]; Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4B7D86A9-2175-44BC-9D3E-8B3BD2628DDC/0/PPP4.pdf>.
54. Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei nº183/2008*. Lisboa. Diário da República, 1ª Série, nº 171.

ANEXOS

Figuras

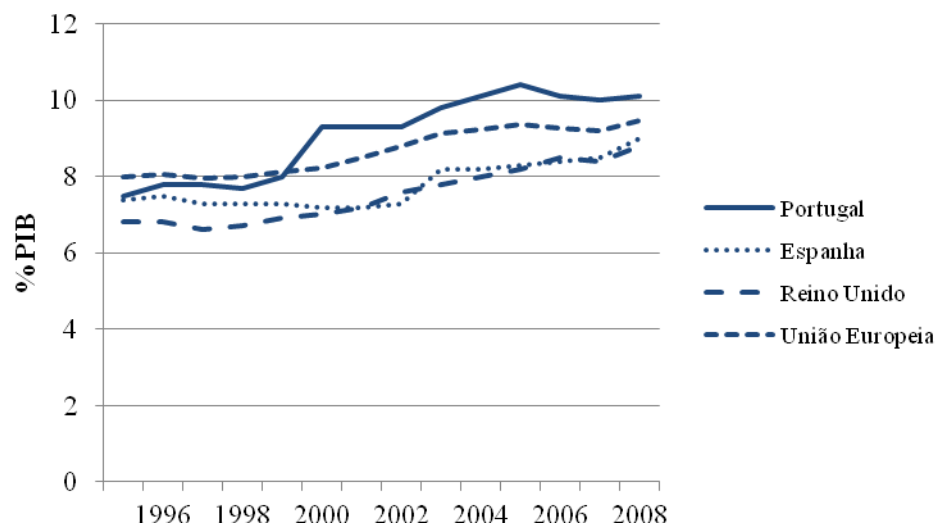


Fig.1. **Evolução do gasto total com saúde** em percentagem do PIB de 1995 a 2008 em Portugal, Espanha, Reino Unido e na UE (média a 15 Estados-membros).

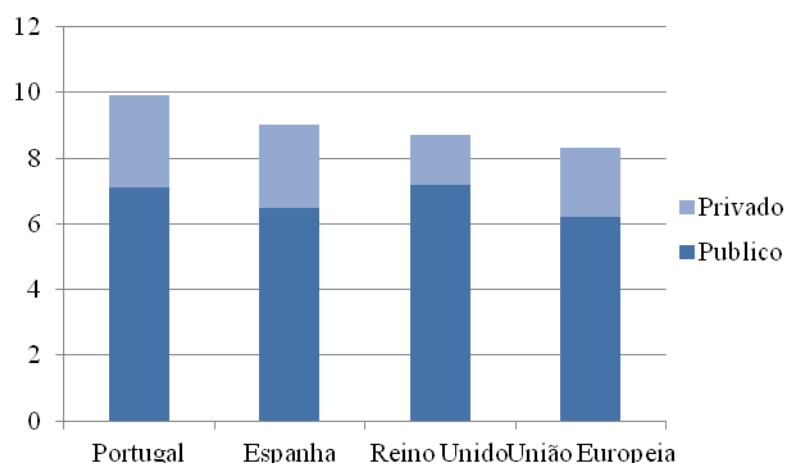


Fig. 2. **Gasto público e privado com saúde** em % do PIB para Portugal – 2006 –, Reino Unido, Espanha e UE (média a 27 Estados-membros) – 2008.

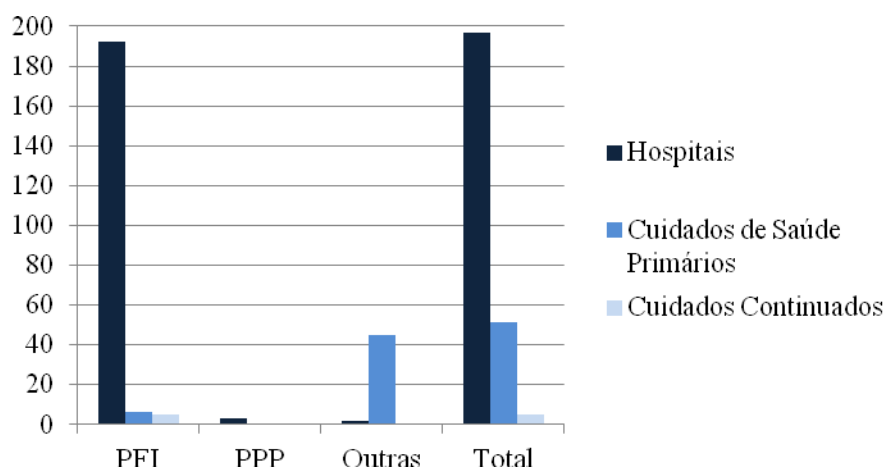


Fig. 3. **Número total de projetos de parcerias no setor da Saúde** (Hospitais, Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados) em função do modelo do projeto (PFI, PPP tradicional ou outra forma de *joint-venture*).

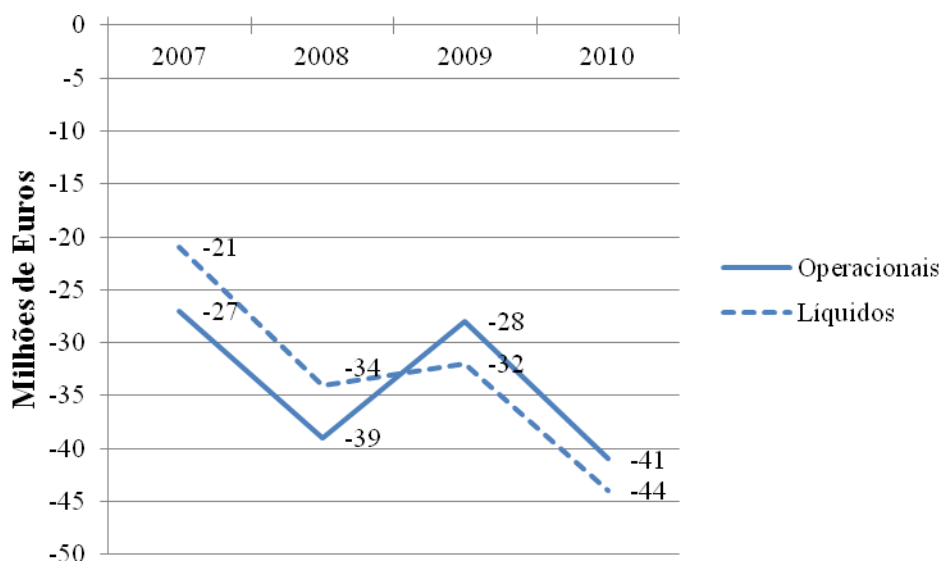


Fig. 4. **Evolução dos resultados operacionais e líquidos** (total do CHCL, HCC e MAC) ao longo dos 4 anos de estudo.

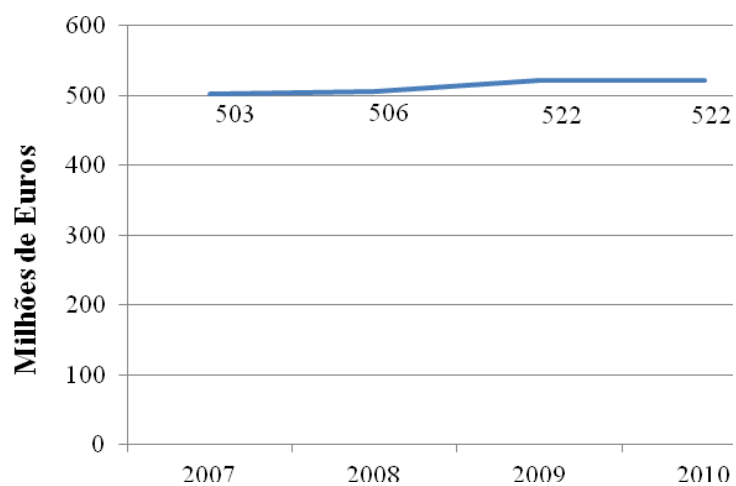


Fig. 5. **Evolução dos custos operacionais** (total do CHLC, HCC e MAC) ao longo dos 4 anos de estudo.

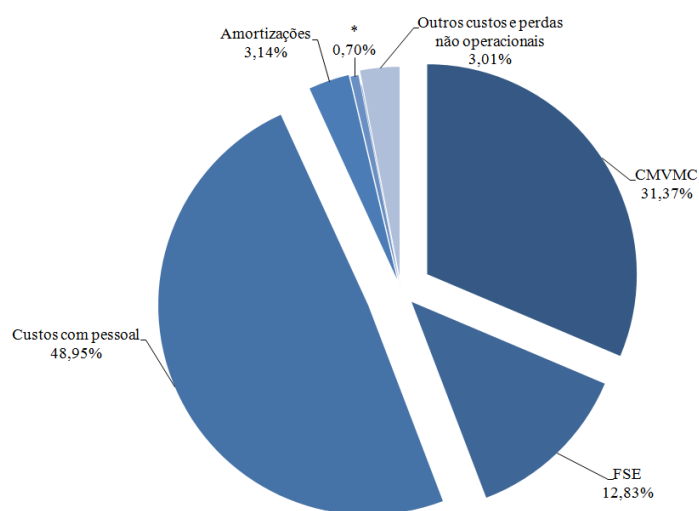


Fig. 6. **Repartição dos custos totais de 2010** pelas diferentes parcelas consideradas. *Provisões, impostos e outros custos operacionais.

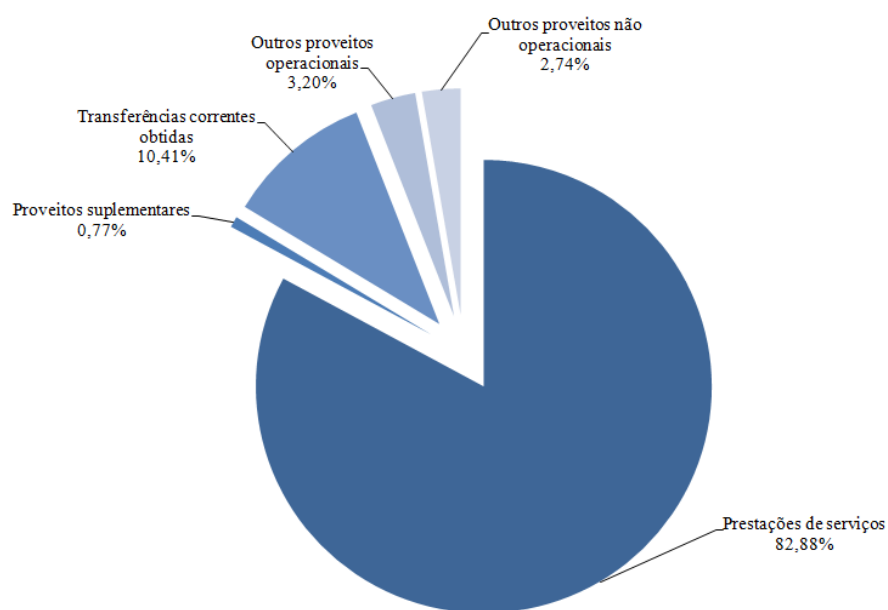


Fig. 7. **Repartição dos proveitos totais de 2010** pelas diferentes parcelas consideradas. *Provisões, impostos e outros custos operacionais.

Quadros

QUADRO I. Principais Modelos de PPP ¹⁵	
Modelo	Descrição
Franchising	Autoridades públicas contratam uma empresa privada para gerir um hospital já existente.
DBFO (<i>design, build, finance, operate</i>)	Um consórcio privado é encarregue de projetar, construir, financiar e gerir novas instalações.
BOO (<i>build, own, operate</i>)	Autoridades públicas contratam um serviço por determinado período de tempo, findo o qual o consórcio privado detém a propriedade.
BOOT (<i>build, own, operate, transfer</i>)	Autoridades públicas contratam um serviço por determinado período de tempo, findo o qual a propriedade reverte novamente para o parceiro público.
BOLB (<i>buy, own, lease back</i>)	Empresa privada constrói o edifício, o qual é arrendado ao parceiro público que fica encarregue da sua gestão.
Modelo Alzira	Consórcio privado constrói e gere o hospital com um contrato para prestar cuidados de saúde a uma determinada população.

QUADRO II. Resumo da Primeira Vaga de PPP na Saúde ²⁷							
Concessão		Concurso	Concessionário	Início	Prazo	Investimento inicial (M€)	Nº Camas
Centro de Atendimento do SNS		2004	LCS – Linha de Cuidados de Saúde SA.	2005	4+2 ^(a)	4	-
CMFRS		2005	GP Saúde, SA	2006	7	3	-
Hospital de Braga	Gestão do Edifício	2005	Escala Braga – Gestora do Edifício, SA	2009	30	122	700
	Gestão do Estabelecimento		Escala Braga – Gestora do Estabelecimento, SA	2009	10	11,3	
Hospital de Cascais	Gestão do Edifício	2004	TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar, SA	2008	30	56	272
	Gestão do Estabelecimento		HPP – Hospitais Privados de Portugal	2008	10	16	
Hospital de Loures	Gestão do Edifício	2003 ^(b)	HL – Sociedade Gestora do Edifício, SA	2012	30	84,6	419
	Gestão do Estabelecimento		SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA	2012	10	29,3	
Hospital de Vila Franca de Xira	Gestão do Edifício	2005	Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, SA	2013 ^(c)	30	76,3	280
	Gestão do Estabelecimento		Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Edifício, SA	2010	10	2,5	
Hospital de Sintra		Cancelado				Total: 405	

^a Tendo o contrato terminado a 25 de agosto de 2011, o Governo português optou pela sua prorrogação até à celebração de um novo contrato que permita a manutenção deste serviço.

^b O primeiro concurso foi posteriormente anulado, tendo sido efetuado lançamento de um segundo concurso em 2007.

^c Data prevista de conclusão da construção do edifício.

QUADRO III. Resumo da Segunda Vaga de PPP na Saúde^{27, 31}			
Concessão	Concurso	Ranking EGP^(a)	Nº Camas
Hospital Oriental de Lisboa	2008	69,58	789
Hospital Central do Algarve	2008	62,22	574
Hospital de Évora	-	49,18	-
Hospital de Vila Nova de Gaia	-	35,64	-
Hospital da Póvoa de Varzim/Vila do Conde	-	13,31	-
Hospital da Guarda^(b)	-	-	-

^a O Estudo da EGP (2006)³¹ considerou ainda no seu estudo, por sugestão da EMPS, o Hospital da Margem Sul do Tejo, enquadrado na lógica de reordenamento da oferta hospitalar da cidade de Lisboa e que classificou como terceiro na ordem de prioridades (ranking = 53,85).

^b O Hospital da Guarda insere-se desde 4 de setembro de 2008 na Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, criada pelo *Decreto-Lei* nº 183/2008⁵⁴.

QUADRO IV. População residente em Lisboa e concelhos limítrofes³⁸			
Concelhos	2001	2011	Variação
Lisboa	564.657	547.631	-3,1%
Loures	199.059	205.054	+2,9%
Vila Franca de Xira	122.908	136.886	+10,2%
Odivelas	133.847	144.549	+7,4%
Amadora	175.872	175.135	-0,4%
Oeiras	162.128	172.120	+5,8%
Cascais	170.683	206.429	+17,3%
Sintra	363.749	377.837	+3,7%

QUADRO V. Súmula dos dados de desempenho financeiro do CHLC, HCC e MAC nos anos de 2007-2011³⁹⁻⁴⁸

	2007				2008			
	Proveitos	Custos	Resultados operacionais	Resultados líquidos	Proveitos	Custos	Resultados operacionais	Resultados líquidos
CHLC	330.905.121	353.590.165	-22.685.044	-17.471.284	328.097.025	360.850.739	-32.753.714	-30.214.624
HCC	113.494.416	116.171.630	-2.677.214	-2.111.727	108.987.341	111.784.063	-2.796.722	-837.297
MAC	31.243.385	32.986.351	-1.742.966	-1.636.024	30.284.811	33.643.452	-3.358.641	-2.675.677
Total	475.642.922	502.748.146	-27.105.224	-21.219.035	467.369.177	506.278.254	-38.909.077	-33.727.598
	2009				2010			
	Proveitos	Custos	Resultados operacionais	Resultados líquidos	Proveitos	Custos	Resultados operacionais	Resultados líquidos
CHLC	341.506.770	370.874.425	-29.367.655	-33.266.947	331.902.264	367.441.760	-35.539.496	-37.075.743
HCC	117.710.057	115.077.315	2.632.742	2.759.465	120.055.311	117.876.616	-291.305	-1.797.874
MAC	34.502.921	36.071.833	-1.568.912	-1.254.358	31.087.979	36.636.404	-5.548.425	-5.143.804
Total	493.719.748	522.023.573	-28.303.825	-31.761.840	483.045.554	521.954.780	-41.379.226	-44.017.421

NOTA: São apresentados os custos e proveitos operacionais. O Hospital Curry Cabral sofreu transformação de estatuto jurídico de Setor Público Administrativo (SPA) para EPE a 1 de abril de 2010, pelo que os dados referentes a esse ano são fruto de dois períodos com diferentes modelos de gestão. Valores em Euros.

QUADRO VI. Diferença dos custos e proveitos totais previstos e realizados nos exercícios de 2008 e 2009 no CHLC^{40, 41}		
Custos	2008	2009
Previsto	389.441.822	390.573.983
Realizado	374.045.426	382.010.228
Δ	-4,0%	-2,2%
Proveitos	2008	2009
Previsto	356.532.685	356.434.228
Realizado	343.830.802	348.743.281
Δ	-3,6%	-2,2%

NOTA: Valores em Euros.

Instruções aos autores

A **Revista Portuguesa de Saúde Pública** aceita trabalhos originais, de investigação aplicada ou de revisão sobre qualquer assunto relacionado com o tema geral da saúde pública, entendida esta no seu sentido mais amplo.

Os **artigos** deverão ser enviados electronicamente através da plataforma da Elsevier em <http://ees.elsevier.com/rpsp>, acompanhados de uma declaração de autor que garante o seu carácter inédito e de uma declaração de disponibilização para acesso mundial. Ao Director da Revista caberá a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor modificações. Para este efeito, será apoiado por um Conselho Editorial e por um Conselho Científico, constituído por avaliadores internos e externos, nacionais e internacionais, aplicando-se o sistema de *double-blind peer review* na avaliação dos artigos.

Os artigos deverão ser enviados em suporte informático (incluindo quadros, tabelas e figuras), dactilografados a duas entrelinhas em folhas de formato A4. Em cada folha não deverão ser dactilografadas mais de 35 linhas devendo estas ser numeradas por ordem sequencial. O número limite de páginas, incluindo figuras e quadros, não deverá ultrapassar as 30.

Os trabalhos deverão conter o seguinte:

- a) Título do trabalho, nome(s) e pequeno esboço curricular do(s) autor(es), principais funções ou títulos, até ao máximo de dois;
- b) Pequena introdução ao artigo até ao máximo de uma página dactilografada;
- c) O texto;
- d) Quadros e gráficos com títulos e legendas, os quais deverão ser antecidos de referência em texto;
- e) Pequeno resumo do artigo acompanhado do respectivo título e tradução em inglês, assim como de palavras-chave em português e em inglês;
- f) Os originais não deverão conter pés-de-página. Todas as referências bibliográficas completas serão inseridas no final do artigo.

Bibliografia – Todas as referências bibliográficas deverão ser obrigatoriamente citadas no texto:

Texto e citação:

(...) embora o seu desempenho na epidemiologia, prevenção e tratamento ainda esteja para ser avaliado¹² (...)

As citações deverão ser numéricas com localização inserida no texto, em expoente, reenviando para os documentos, pela ordem em que são citados. As citações seguintes do mesmo documento deverão ter o mesmo número da primeira. As referências devem conter, no caso das revistas, o nome do primeiro autor (apelido e nome), seguido dos restantes, do título do artigo, do nome da publicação e da sua identificação (ano, volume e páginas). Pode ser encontrada nos “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências.

Revisão de provas: Os autores receberão provas de composição do artigo para correcção, a qual deverá incidir exclusivamente sobre erros de dactilografia. A devolução das provas deve ser efectuada no prazo de uma semana após a data de recepção pelo autor.

Correspondência:

spublicacoes@ensp.unl.pt
s.bofill@elsevier.com

ENSP, Janeiro de 2011